



Tél 1 877 814 7778

submissions@beazley.ca
renewals@beazley.ca

info@beazley.ca
www.beazley.ca

Beazley Canada Limitée

550-55 avenue University
Toronto, Ontario M5J 2H7

Tél (416) 601 2155
Télec (416) 601 2166

310-1130 rue Sherbrooke Ouest
Montréal, Québec H3A 2M8

Tél (514) 350 4848
Télec (514) 350 0843

1511-701 West Georgia Street
Vancouver, British Columbia V7Y 1C6

Tél (778) 373 4432

PROPOSITION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE POUR LES PRATICIENS INDIVIDUELS

CETTE PROPOSITION EST POUR UNE POLICE D'ASSURANCE SUR BASE DE RÉCLAMATIONS PRÉSENTÉES

VEUILLEZ VOUS ASSURER DE JOINDRE CE QUI SUIT À LA PROPOSITION

- Copies d'attestations
- Curriculum vitae du Proposant

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. A) Nom du Praticien (Proposant) : _____
(veuillez indiquer le nom complet tel qu'il doit apparaître sur la police)
- B) Nom de l'Entité ou nom Commercial : _____
2. Adresse de la pratique (C.P. non acceptée):

- Date du début des opérations : _____
3. Couverture demandée: 1 000 000 \$ 2 000 000 \$
4. Revenus: 12 derniers mois _____ \$ 12 prochains mois _____ \$
Nombre de patients/ visites de clients): 12 derniers mois _____ 12 prochains mois _____
5. Avez-vous des patients/clients qui habitent à l'extérieur du Canada? OUI NON
Si OUI, veuillez nous fournir les détails et indiquer le pourcentage des revenus attribués à ces services :

2. RENSEIGNEMENTS SUR LES SERVICES PROFESSIONNELS

6. Spécialisation : _____
7. Autres services : _____
8. Compétences : _____
9. Nombre d'années d'expérience : _____
10. Organisme de réglementation professionnelle / : Numéro de licence : _____

3. CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

11. Les documents sont-ils conservés selon les exigences de votre organisme de réglementation professionnelle ? OUI NON
12. Avez-vous en place des procédures de contrôle de la qualité / gestion des risques? OUI NON

4. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA CONFIDENTIALITÉ ET LA RÉGLEMENTATION

13. Est-ce que vous recueillez, traitez et conservez des informations privées et personnelles dans le cadre de vos activités? OUI NON

PROPOSITION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE POUR LES PRATICIENS INDIVIDUELS

Si OUI, veuillez indiquer quel type d'informations personnelles identifiables (PII) est conservé?

Numéros d'assurance sociale	<input type="checkbox"/>	Informations bancaires	<input type="checkbox"/>
Informations sur les cartes de crédit	<input type="checkbox"/>	Noms et adresses personnels	<input type="checkbox"/>
Informations sur les employés	<input type="checkbox"/>	Renseignements d'une entreprise tierce	<input type="checkbox"/>
Informations personnelles de santé	<input type="checkbox"/>	Autre (veuillez spécifier ci-dessous) :	<input type="checkbox"/>

14. Veuillez indiquer le nombre de dossiers conservés par l'entreprise qui contiennent les informations ci-dessus (approximatif) :
- 0 – 2 500 2 501– 5 000 > 5 000

15. Est-ce que vous vous conformez aux lois provinciales sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques au Canada? OUI NON

16. Avez-vous des procédures écrites en place afin de vous conformer aux lois régissant la manipulation et/ou la divulgation de telles informations? OUI NON

17. Avez-vous une politique de confidentialité juridiquement examinée? OUI NON

18. Est-ce que vous partagez des informations privées ou personnelles recueillies par des clients (le proposant ou autre) avec des tiers? OUI NON

Si OUI, veuillez fournir les détails :

19. Avez-vous déjà fait l'objet d'enquêtes concernant les mesures de protection des informations personnelles identifiables ? OUI NON

Si OUI, veuillez fournir les détails :

20. Avez-vous déjà fait l'objet de plaintes concernant la façon dont les informations personnelles identifiables sont conservées? OUI NON

5. SÉCURITÉ DES RÉSEAUX INFORMATIQUES

21. Vos systèmes informatiques internes rencontrent-ils les exigences de sécurité ci-dessous :

22. Ont-ils des systèmes de protection pare-feu pour empêcher l'accès non autorisé aux réseaux internes et aux systèmes informatiques? OUI NON

23. Ont-ils des logiciels de détection d'intrusion capables de détecter les accès non autorisés aux réseaux internes et aux systèmes informatiques? OUI NON

24. Ont-ils des logiciels antivirus qui sont mis à jour régulièrement? OUI NON

25. Ont-ils des procédures pour la réalisation des mises à jour de logiciels sur votre réseau? OUI NON

26. Ont-ils des systèmes de surveillance des vulnérabilités en matière de sécurité et qui conséquemment corrigent les systèmes et lwa applications? OUI NON

27. Effectuent-ils des copies de sauvegarde de toutes les données de valeurs/sensibles quotidiennement? OUI NON

28. Ont-ils une pratique habituelle de mettre fin à tous les accès aux systèmes informatiques et aux comptes d'utilisateurs d'un employé lorsque celui-ci quitte l'entreprise? OUI NON

29. Les renseignements personnels stockés dans des ordinateurs et autres médias portables (disques à mémoire flash, bandes de sauvegarde) sont-ils protégés par cryptage? OUI NON

6. RENSEIGNEMENTS D'ASSURANCE/RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉCLAMATIONS

30. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous détenu une police d'assurance responsabilité professionnelle? OUI NON

Si OUI, veuillez nous fournir les détails suivants concernant les polices antérieures :

ASSUREUR	PÉRIODE	LIMITE	FRANCHISE	PRIME

31. Quelle est la date de la première assurance continue sur base de réclamations présentées que vous avez achetée?

32. Avez-vous déjà eu une assurance responsabilité professionnelle refusée, annulée ou non renouvelée? OUI NON

Si OUI, veuillez expliquer :

33. Avez-vous déjà fait l'objet de discipline par un organisme à la réglementation? OUI NON

Si OUI, veuillez expliquer :

34. Au cours des cinq (5) dernières années, est-ce qu'une réclamation ou poursuite a déjà été intentée contre vous? OUI NON

Si OUI, veuillez joindre les détails suivants sur une feuille séparée :

1) Date de réclamation

2) Nom du réclamant

3) Nature de la réclamation

4) Montant de l'indemnité et montant des frais de défense

5) Dispositions finales ou état actuel de la réclamation

35. Êtes-vous au courant d'une situation ou d'une circonstance qui pourrait mener à une réclamation ou à une poursuite ?

OUI NON

Si OUI, veuillez donner les détails :

Sans restreindre tout autre recours de l'assureur, il est entendu que si un fait, une circonstance ou une situation décrite à cette section est connu(e) par le praticien, toute réclamation ou poursuite en découlant par la suite sera exclue de l'assurance proposée.

7. AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En achetant une police d'assurance chez Beazley Canada Limitée, le client consent à ce que ses renseignements personnels, y compris ceux fournis dans le passé, soient collectés, utilisés et divulgués pour les raisons suivantes :

- La communication avec les souscripteurs;
- la souscription;
- l'évaluation d'une réclamation;
- la détection et la prévention de fraude;
- l'analyse des résultats de l'entreprise;
- à des fins requises ou autorisées par la loi.

Pour les raisons ci-haut mentionnées, vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux fournisseurs de services de Beazley.

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Beazley en contactant leur agent de protection de la vie privée au 416-601-2155.

8. GARANTIE DE DÉCLARATION

Le soussigné garantit que les faits énoncés dans cette proposition sont au meilleur de sa connaissance exacts.
Le soussigné garantit également qu'il n'a ni omis, ni dissimulé aucun fait matériel.

Si l'information déclarée dans cette proposition devait changer entre la date à laquelle la proposition a été signée et la date de l'entrée en vigueur de la police, le soussigné garantit qu'il en informera immédiatement l'assureur.

La signature de cette proposition n'engage pas le proposant à prendre la police d'assurance et n'engage ni l'assureur à offrir l'assurance au proposant. Cependant, si l'assureur s'engage à émettre la police d'assurance, cette proposition deviendra la base d'un tel contrat d'assurance et fera partie entièrement de cette police.

SIGNATURE: _____ DATE: _____
(Représentant autorisé)

NOM (caractères d'imprimerie): _____ TITRE/POSITION: _____